

Nombre del Estudiante: _____ **Año escolar:** _____**Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** _____ **Escuela:** _____**Desarrollo de la Enfermedad**

¿Qué edad tenía su estudiante cuando le diagnosticaron asma? _____

Síntomas (marque cada casilla que describa los síntomas de su estudiante)

- Tos durante el día
- Sibilancias
- Falta de Aire
- Opresión en el pecho
- Producción de Moco
- Tos Nocturna
- Sibilancias Nocturnas
- Sueño interrumpido debido a los síntomas
- Pedir usar el inhalador
- Otro: _____

Desencadenantes del asma (marque cada casilla que describa los desencadenantes de su estudiante)

- Ejercicio
- Aire frío
- Enfermedades Respiratorias/Catarros
- Polen
- Mala calidad de aire
- Caspa Animal
- Emociones (miedo, llanto, enojo, risa)
- Comidas
- Medicinas
- Humo, Químicos, Olores fuertes
- Otro: _____

Medicación Actual

- Inhalador de Albuterol (Proair®, Ventolin HFA®, Proventil)
- Inhalador Levalbuterol (Xopenex®)
- Medicamentos para la alergia (Nombre, Dosis, Frecuencia): -

 Otro (por favor especifique): _____¿Su estudiante usa un medidor de flujo máximo? No Si (Frecuencia, Lectura actual) _____**Continue to next page**

Medicamentos en la escuela

¿Usará su estudiante su inhalador en la escuela, incluidos deportes, clubes, excursiones, etc.? No Si*
(*En caso afirmativo, comuníquese con la enfermera de la escuela para completar el formulario de autorización de medicamentos requerido)

Manejo/Tratamiento

¿Con qué frecuencia usa su estudiante su inhalador? _____

¿Cuántas veces en el último año su estudiante ha sido tratado por asma en el consultorio del médico? Por favor describa.

¿Cuántas veces en el último año ha estado su estudiante en la sala de emergencias u hospitalizado por asma? Por favor describa.

Marque la casilla que mejor describa los síntomas de asma de su estudiante:

se mantienen igual empeorando mejorando

Conocimiento del estudiante sobre la condición del asma

¿Su estudiante entiende sus factores desencadenantes del asma? No Si

¿Puede su estudiante informar de manera confiable cuando experimenta síntomas de asma angustiantes?
 No Si

¿Sabe su estudiante cómo usar su inhalador correctamente? No Si

Comentarios:

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Revisado por la enfermera registrada

Fecha

* Antes de asistir a la escuela, cada niño con una condición de salud que ponga en peligro su vida deberá presentar una orden de medicación o tratamiento que aborde la condición. Una condición de salud que amenaza la vida significa una condición que pondrá al niño en peligro de muerte durante el día escolar si no se cuenta con una orden de medicación y/o tratamiento y un plan de enfermería. Después de la presentación del medicamento o la orden de tratamiento, la enfermera de la escuela desarrollará un plan de enfermería. Las órdenes de medicamentos y tratamientos deben completarse cada año escolar. Los estudiantes con una condición de salud que amenaza la vida serán referidos al Equipo 504 para una evaluación. (WAC 392-380-045, RCW 28A.210.320, Procedimiento del Superintendente de SPS 3413SP)